



EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE OSCEOLA
HOJA DE ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE

Ron Desantis, Governor

SECCIÓN 1

Nombre: NSS: Fecha de Nacimiento:

Dirección: Sexo: M F

Tele. de Casa: # Trabajo: # Celular:

Estado Civil: Soltera(o) Casada(o) Separada(o) Divorciada(o) Viuda(o)

Raza: Asiático Negro Indio Americano Blanco Otro Ethnicidad (Hispano): S N

¿Ha recibido usted tratamiento en el Departamento de Salud de Osceola anteriormente? S N

¿Ha Sido Diagnosticado o Padece de Alguna de las Condiciones Listadas?:

- Desordenes de la Sangre Artritis Cáncer
Hipertensión Diabetes Padecimientos del Corazón
Dolor Crónico de Espalda Migraña Otros

Información del Guardián si el paciente es menor de 18 años: Guardián Legal: S N

Nombre: Relación:

Dirección:

Tele. de Casa: # Trabajo: # Celular:

Contacto de Emergencia:

Nombre: Relación:

Dirección:

Tele. de Casa: # Trabajo: # Celular:

SECCIÓN 2

¿Esta actualmente cubierto por Medicaid? S N # de Medicaid:

Usted tiene: Medicaid Healthse Amerigroup Staywell United KidCare

¿Esta actualmente cubierto por Medicare? S N # de Medicare:

¿Esta actualmente cubierto por algún otro seguro? S N # de Póliza:

de Póliza: # Grupo: Deducible:

Dirección del la compañía:

SECCIÓN 3

Total de personas viviendo con usted (incluya a los no nacidos):

Total de Ingreso Ganado en un Mes en su Núcleo Familiar:

Antes de las Deducciones - (Sueldos, Salarios y Propinas)

Total de Otros Ingresos Recibidos en un Mes:

(AFDC, VA, SSI, SSA, Contribuciones, Compensación Laboral, Pensión Alimenticia, Beneficios de Desempleo)

Nombre del Empleo: (1) (2)

de Teléfono del Empleo:

FIRMA DEL CLIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Fecha

FIRMA DEL EMPLEADO

Fecha